Unité Economique et Sociale

ASSAD FACILAVIE ASSIAD

PROCES VERBAL

Réunion du CHSCT du MARDI 4 DECEMBRE 2012

Etaient présents :
Madame Marie-Thérèse CLEMENT, DP suppléante
Madame Isabelle GIROD, Déléguée Syndicale
Madame Milka LANGLOIS, DP suppléante

Etaient excusés :
Madame Christiane AUDEBERT, Directrice FACILAVIE
Mme DEGAY, DIRECCTE du Centre
Madame DESVEAUX, Médecin du travail MSA Beauce Cœur de Loire
Madame Delphine LATESSA, DP titulaire, CE suppléante
Madame Marie-Christine MASSET, DP titulaire, CE titulaire
Monsieur SIMON, CARSAT du Centre

Assistaient également :
Madame Pascale ESTEVE, Responsable des Services de Soins ASSAD et ASSIAD
Madame Christine GOULEUF, Responsable FACILAVIE
Madame Carole GUILLOT, Cadre Gestionnaire Ressources Humaines

La séance débute à : 14 h 30

Ordre du jour :

1 – Approbation du procès-verbal de la réunion du 20/11/12

2 – Etude de la mise en place d'une fiche alerte FACILAVIE

3 – Validation du plan d'action pénibilité

4 – Incidents et accidents survenus de mars à août 2012

5 - Questions diverses

1 – Approbation du procès-verbal de la réunion du 20/11/12

Le procès verbal de la réunion du 20 novembre 2012 est approuvé à l'unanimité.

2 – Etude de la mise en place d'une fiche alerte FACILAVIE

Mme GOULEUF propose à l'assistance de travailler à partir de deux documents intitulés « fiche de signalement d'un évènement indésirable » et « fiche de remontée des informations préoccupantes », élaborés par les services de soins (**ANNEXE 1**), afin de les adapter à FACILAVIE. (**ANNEXE 2**)

3- Validation du plan d'action pénibilité

Les membres du CHSCT valident le plan pénibilité tel qu'il est présenté. (**ANNEXE 3**)

4 – Incidents et accidents survenus de mars à août 2012

Mme GUILLOT présente les déclarations d'accidents du travail de mars à août 2012 pour FACILAVIE.
(**ANNEXE 4**)
Elle ajoute ensuite que pour l'ASSIAD, il n'y a pas eu d'accident sur cette période mais que pour l'ASSAD, 1 accident de la route avec arrêt a été déclaré au mois de juin.

5 - Questions diverses

Elections des membres du CHSCT :

Le mandat des élus du CHSCT arrive à expiration le 07 décembre 2012.
Les salariés ont été sollicités pour qu'ils proposent leur candidature avant le 15 décembre 2012, en vue des élections qui se dérouleront le 19 décembre 2012.
A ce jour, 8 candidatures ont été envoyées au service des ressources humaines de FACILAVIE.
Les candidats seront convoqués à la prochaine réunion.

La séance est levée à : 17 h 45.

Milka LANGLOIS,
Secrétaire de séance

ANNEXE 1

ASSOCIATION SERVICE DE SOINS A DOMICILE
ASSAD des AIX D'ANGILLON

FICHE DE SIGNALEMENT D'UN EVENEMENT INDESIRABLE

A remplir par le témoin de l'évènement

Pour toute situation urgente, mettre en œuvre les actions immédiates nécessaires

Personne déclarante (1) :	**Date / heure / lieu de l'évènement (3) :**
NOM / PRENOM : …….. **Fonction : ……. Service : ……** **Date : …... / …… / …… Votre responsable a été informée le (2) : …… / …… / ……**	**Date : …… / …… / …… Heure : Lieu :** **Présence d'un témoin : ❑ Non ❑ Oui, qui ?**

L'évènement concerné (4) :
❑ **Un membre du personnel** ❑ **Un usager** ❑ Un médicament ➔ conserver obligatoirement un spécimen du produit concerné (pour le renvoyer au fournisseur) ❑ Un matériel

Circonstances et description des faits (5) : **(agrafer une feuille vierge si nécessaire)**	**Description des conséquences immédiates et mesures prises immédiatement (6) :**
	Selon vous, actions correctives à mettre en œuvre (7) :

ASSAD – 2 RUE DU CHAMP DE MARS 18220 LES AIX D'ANGILLON
Téléphone : 02 48 64 20 26 – Télécopie : 02 48 64 20 26
E-mail : assad.les-aix-dangillon@orange.fr

Que s'est-il passé ? Cocher la case qui correspond le mieux à la situation (8).

Evènements indésirables			
Santé : ❑ Accident avec Exposition au Sang AES (joindre obligatoirement la déclaration) **Logistique :** ❑ Défaut d'approvisionnement ❑ Entretien des locaux ❑ Courrier, circuit des documents ❑ Matériel non médical défectueux ou inadapté **Sécurité :** ❑ Sécurité incendie ❑ Risque sur la voie publique	**Sécurité des biens et des personnes :** ❑ Accident (joindre obligatoirement la déclaration) ❑ Vol / disparition d'objet ❑ Violence verbale / menace ❑ Agression physique ❑ Maltraitance ❑ Dégradation d'un matériel/locaux	**Services techniques :** ❑ Electricité ❑ Eau ❑ Maintenance préventive ❑ Maintenance curative ❑ Déchets ❑ Chauffage/climatisation/ventilation ❑ Inondation ❑ Détérioration équipement non médical ❑ Non respect des consignes par une entreprise extérieure	**Système d'information :** ❑ Dossier patient introuvable ❑ Absence ou perte d'éléments du dossier ❑ Observations insuffisantes ou manquantes ❑ Transmission incomplète du dossier ❑ Problème d'accès aux données du patient ❑ Problème informatique ❑ Autre

Accusé de réception (ne rien remplir : partie réservée au Responsable qualité / gestion des risques)

Votre signalement d'un évènement indésirable a été reçu le : et a été analysé. Fiche n° :
Copie de la fiche transmise à ……. Le ……

Conséquence du signalement :
❑ Rédaction et diffusion d'une procédure/protocole/document ❑ Déclaration des vigilances sanitaires ❑ Aucune action possible dans l'immédiat
❑Réorganisation ❑ Intervention auprès des équipes ❑ Création d'un groupe de travail ❑ Autre

Réponse apportée le : ……

ASSAD – 2 RUE DU CHAMP DE MARS 18220 LES AIX D'ANGILLON
Téléphone : 02 48 64 20 26 – Télécopie : 02 48 64 20 26
E-mail : assad.les-aix-dangillon@orange.fr

UTILISATION DE LA FICHE

Qu'est-ce qu'un évènement indésirable ?
Un accident, incident, risque d'incident ou dysfonctionnement qui survient dans le cadre du service et qui révèle un défaut dans l'organisation ou dans le fonctionnement, entraînant ou non des conséquences dommageables pour les usagers, familles, personnels ou pour les biens du service.

Pourquoi renseigner cette fiche de signalement des évènements indésirables ?
Le recueil de ces fiches permet d'identifier, d'analyser et de traiter les risques liés à notre activité afin de les réduire au maximum. Le responsable qualité/gestion des risques en assure le recueil, le suivi et le traitement, qui sont analysés pour déterminer les actions d'amélioration à mettre en place.

Mode d'emploi :
1 Personne déclarante :
Tout personnel peut signaler un évènement indésirable ainsi que les familles avec l'aide d'un membre du personnel. Les usagers observant un dysfonctionnement doivent le signaler via le questionnaire de satisfaction. Tout personnel témoin ou acteur d'un accident ou d'un risque d'incident doit s'identifier afin de pouvoir être joint pour des renseignements complémentaires. Le déclarant ne fait l'objet d'aucune sanction du fait du signalement ; la fiche est anonymisée par le responsable qualité / gestion des risques avant analyse.

2 Votre responsable a été informé le :
Pour la bonne marche du service, votre responsable doit être informé de l'incident survenu.

3 Date/Heure/Lieu de l'évènement :
Ces indications doivent être aussi précises que possible (pour l'heure, une fourchette peut être proposée). Le lieu à indiquer est celui où l'incident a eu lieu. Si une ou plusieurs personnes étaient présentes au moment de l'incident, leurs identités peuvent être utile à l'analyse de l'évènement signalé.

4 L'évènement concerné :
Cette rubrique permet d'identifier rapidement la personne (« victime ») concernée par l'évènement indésirable. Tout matériel ou médicament faisant l'objet d'un incident doit être conservé pour pouvoir être renvoyé au fournisseur.

5 Circonstances et descriptions des faits :
Ce cadre permet de décrire de façon précise et objective l'évènement signalé. Cette description doit se limiter aux faits constatés. Selon les cas, joindre les déclarations spécifiques, en les agrafant à la fiche de signalement.

6 Description des conséquences immédiates et mesures prises immédiatement :
Ce cadre permet d'identifier les conséquences de l'évènement indésirable, telles que vous pouvez les constater immédiatement après la survenue de l'incident. Elle permet également de décrire les moyens que vous avez mis en œuvre pour palier cet incident.

7 Selon vous, actions correctives à mettre en œuvre :
Le déclarant peut proposer toute mesure qui lui semble de nature à corriger l'incident et/ou prévenir la survenue d'un risque de même genre.

8 Que s'est-il passé ? Cocher la case qui correspond le mieux à la situation.

ASSAD – 2 RUE DU CHAMP DE MARS 18220 LES AIX D'ANGILLON
Téléphone : 02 48 64 20 26 – Télécopie : 02 48 64 20 26
E-mail : assad.les-aix-dangillon@orange.fr

ASSOCIATION SERVICE DE SOINS A DOMICILE
ASSAD des AIX D'ANGILLON

FICHE DE REMONTEE DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES

Mode d'emploi et précautions d'emploi :
Cette fiche repose sur une observation individuelle de la prise en charge par les professionnels intervenant à domicile. Elle doit être remise, par le professionnel à domicile, au responsable de service. Chaque point qui peut être coché peut être complété par des remarques. Elle a pour objet de relever tout changement d'attitude laissant penser qu'il y a un risque de maltraitance, même si les causes ou la nature de l'incident ne sont pas connues du professionnel. Elle constitue un premier niveau de remontée d'informations qui feront l'objet, dans un second temps, d'une analyse approfondie par le responsable de service, en lien le cas échéant avec les autres acteurs locaux.

Nom de la personne signalant l'incident :
Nom et coordonnées de la personne prise en charge :
Date de l'incident : ……. / …… / …… **Date du signalement : …… / …… / ……**

I – Type d'incident

Changement d'attitude de la personne :	Apparition soudaine/inexpliquée de troubles physiques et/ou cognitifs :	Santé / Sécurité physique et matérielle
❑ Peur, anxiété	❑ Diminution partielle ou totale d'autonomie dans les déplacements	❑ Alimentation insuffisante, inadaptée ou sans respecter les désirs
❑ Plaintes et pleurs inhabituels	❑ Diminution partielle ou totale dans les soins d'hygiène	❑ Plainte de la personne sur une insuffisance d'argent disponible
❑ Perte d'appétit	❑ Incontinence (fuites urinaires)	❑ Insuffisance ou non approvisionnement en traitements médicaux
❑ Apparence négligée (vêtements, coiffure…)	❑ Perte de poids	❑ Non renouvellement d'appareillages, de prothèses
❑ Réactivité / Toucher	❑ Chutes à répétition	❑ Insuffisance de suivi médical (adaptation, coordination)
❑ Repli sur soi	❑ Marques physiques d'origine indéterminée	❑ Réponse aux besoins d'aide et de soins insuffisante
❑ Expression de solitude	❑ Griffures	❑ Contention abusive (hors prescription médicale)
❑ Expression d'idées suicidaires	❑ Hématomes	❑ Manque d'adaptation / accessibilité du logement
❑ Signes d'expression de douleurs	❑ Plaies	❑ Insuffisance de loisirs alors que la personne en exprime le souhait
	❑ Cyanose	
	❑ Brûlures	
	❑ Fractures	
	❑ Désorientation dans le temps et/ou dans l'espace	

II – Observations des professionnels

Par exemple : signaler des plaintes du voisinage sur la déambulation de la personne

III – Dispositions prises (à remplir par le responsable de service)

Type de disposition :	Personne en charge du dossier :	Délais :
Suivi :	Evaluation des actions mises en place :	Dates :

ASSAD – 2 RUE DU CHAMP DE MARS 18220 LES AIX D'ANGILLON
Téléphone : 02 48 64 20 26 – Télécopie : 02 48 64 20 26
E-mail : assad.les-aix-dangillon@orange.fr

ANNEXE 2

FICHE D'ALERTE

A remplir par le témoin de l'évènement

Pour toute situation urgente, mettre en œuvre les actions immédiates nécessaires

Personne déclarante (1) :	**Date / heure / lieu de l'évènement (3) :**
NOM / PRENOM : …….. **Fonction : …… Canton : ……** **Date : …... / …… / ……** **Votre responsable de secteur a été informée le (2) : …… / …… / ……**	**Date : …… / …… / …… Heure :** **Lieu : ……..** **Présence d'un témoin : ❑ Non ❑ Oui, qui ? ……..**

L'évènement concernait (4) :		
❑ **Un membre du personnel**	❑ **Un bénéficiaire**	❑ **Un membre de l'entourage du bénéficiaire : …….**
❑ Un médicament	❑ Un matériel	❑ **Autre, à préciser……**

Circonstances et description des faits (5) : **(agrafer une feuille vierge si nécessaire)**	**Description des conséquences immédiates et mesures prises immédiatement (6) :**
	Selon vous, actions correctives à mettre en œuvre (7) :

FACILAVIE – 7 rue de l'Ile d'Or 18020 BOURGES CEDEX
Téléphone : 02 48 23 06 70 – Télécopie : 02 48 23 06 71 E-mail : facilavie@orange.fr

Que s'est-il passé ? Cocher la case qui correspond le mieux à la situation (8).

Evènements indésirables		
Logistique : ❑ Défaut d'approvisionnement (nourriture, médicaments, courses, bois, linge, argent, etc…) ❑ Entretien du logement ❑ Matériel médical défectueux ou inadapté ❑ Matériel non médical défectueux ou inadapté ❑ Electricité ❑ Eau ❑ Déchets ❑ Chauffage ❑ Inondation **Sécurité des biens et du personnel :** ❑ Vol / disparition d'objet ❑ Violence verbale / menace ❑ Agression physique ❑ Maltraitance ❑ attitude ou geste déplacé (ex : à caractère sexuel)	**Changement d'attitude de la personne aidée :** ❑ Peur, anxiété ❑ Plaintes et pleurs inhabituels ❑ Perte d'appétit ❑ Apparence négligée (vêtements, coiffure…) ❑ Réactivité / Toucher ❑ Repli sur soi ❑ Expression de solitude ❑ Expression d'idées suicidaires **Apparition soudaine /inexpliquée de troubles physiques et/ou cognitifs de la personne aidée :** ❑ Diminution partielle ou totale d'autonomie dans les déplacements ❑ Diminution partielle ou totale dans les soins d'hygiène ❑ Incontinence (fuites urinaires) ❑ Perte de poids ❑ Chutes à répétition ❑ Marques physiques d'origine indéterminée ❑ Griffures ❑ Hématomes ❑ Plaies ❑ Brûlures ❑ Fractures ❑ Désorientation dans le temps et/ou dans l'espace	**Santé / sécurité physique et matérielle de la personne aidée :** ❑ Alimentation insuffisante, inadaptée ou sans respecter les désirs ❑ non approvisionnement en traitements médicaux ❑ Insuffisance de suivi médical (refus de soins…) ❑ Contention abusive (hors prescription médicale) ❑ Manque d'adaptation / accessibilité du logement ❑ Insuffisance ou inadaptation du plan d'aide

Accusé de réception (ne rien remplir : partie réservée au Responsable de Secteur)	**Fiche n :**

Votre signalement a été reçu le : **et a été analysé.** Copie de la fiche transmise à …….. Le …….…….

Conséquence du signalement :

❑ Rédaction et diffusion d'une procédure/protocole/document ❑ Déclaration des vigilances sanitaires ❑ Aucune action possible dans l'immédiat

❑Réorganisation ❑ Création d'un groupe de travail ❑Signalement au Procureur de la République ❑ Autre : …….

Réponse apportée à l'aide à domicile le : …… ❑ par écrit ❑ par téléphone

FACILAVIE – 7 rue de l'Ile d'Or 18020 BOURGES CEDEX
Téléphone : 02 48 23 06 70 – Télécopie : 02 48 23 06 71 E-mail : facilavie@orange.fr

UTILISATION DE LA FICHE

Qu'est-ce qu'un évènement indésirable ?
Un accident, incident, risque d'incident ou dysfonctionnement qui survient dans le cadre du service et qui révèle un défaut dans l'organisation ou dans le fonctionnement, entraînant ou non des conséquences dommageables pour les usagers, familles, personnels ou pour les biens du service.

Pourquoi renseigner cette fiche de signalement des évènements indésirables ?
Le recueil de ces fiches permet d'identifier, d'analyser et de traiter les risques liés à notre activité afin de les réduire au maximum. Le responsable qualité/gestion des risques en assure le recueil, le suivi et le traitement, qui sont analysés pour déterminer les actions d'amélioration à mettre en place.

Mode d'emploi :

1 Personne déclarante :
Tout personnel peut signaler un évènement indésirable ainsi que les familles avec l'aide d'un membre du personnel. Les usagers observant un dysfonctionnement doivent le signaler via le questionnaire de satisfaction. Tout personnel témoin ou acteur d'un accident ou d'un risque d'incident doit s'identifier afin de pouvoir être joint pour des renseignements complémentaires. Le déclarant ne fait l'objet d'aucune sanction du fait du signalement ; la fiche est anonymisée par le responsable qualité / gestion des risques avant analyse.

2 Votre responsable de secteur a été informé le :
Pour la bonne marche du service, votre responsable doit être informé de l'incident survenu.

3 Date/Heure/Lieu de l'évènement :
Ces indications doivent être aussi précises que possible (pour l'heure, une fourchette peut être proposée). Le lieu à indiquer est celui où l'incident a eu lieu. Si une ou plusieurs personnes étaient présentes au moment de l'incident, leurs identités peuvent être utile à l'analyse de l'évènement signalé.

4 L'évènement concerné :
Cette rubrique permet d'identifier rapidement la personne (« victime ») concernée par l'évènement indésirable. Tout matériel ou médicament faisant l'objet d'un incident doit être conservé pour pouvoir être renvoyé au fournisseur.

5 Circonstances et descriptions des faits :
Ce cadre permet de décrire de façon précise et objective l'évènement signalé. Cette description doit se limiter aux faits constatés. Selon les cas, joindre les déclarations spécifiques, en les agrafant à la fiche de signalement.

6 Description des conséquences immédiates et mesures prises immédiatement :
Ce cadre permet d'identifier les conséquences de l'évènement indésirable, telles que vous pouvez les constater immédiatement après la survenue de l'incident. Elle permet également de décrire les moyens que vous avez mis en œuvre pour palier cet incident.

7 Selon vous, actions correctives à mettre en œuvre :
Le déclarant peut proposer toute mesure qui lui semble de nature à corriger l'incident et/ou prévenir la survenue d'un risque de même genre.

8 Que s'est-il passé ? Cocher la case qui correspond le mieux à la situation.

FACILAVIE – 7 rue de l'Ile d'Or 18020 BOURGES CEDEX
Téléphone : 02 48 23 06 70 – Télécopie : 02 48 23 06 71 E-mail : facilavie@orange.fr

ANNEXE 3

ANNEXE 4

SUIVI DES DECLARATIONS ACCIDENTS DE TRAVAIL REALISEES EN 2012

NATURE DE L'ACCIDENT	3	4	5	6	7	8	TOTAL
Accident de la route	1	1	3	3	3	1	**12**
Manipulation de matériel et objet	0	2	1	1	3	0	**7**
Manipulation de la PA	0	0	0	2	2	1	**5**
Chute	0	0	0	1	0	1	**2**
Chute de la PA	1	0	1	0	0	0	**2**
Piqûre d'aiguille	0	0	0	0	0	0	**0**
Piqûre	1	0	0	0	0	1	**2**
Coupure	1	0	0	0	0	0	**1**
Chute d'objet	0	0	0	0	0	0	**0**
Agression	3	0	0	0	1	0	**4**
Faux mouvement	1	1	0	0	0	0	**2**
Agression (animal)	1	0	0	0	0	0	**1**
Malaise	0	0	0	0	0	0	**0**
Brulure	0	0	0	0	1	2	**3**
TOTAL	**9**	**4**	**5**	**7**	**10**	**6**	**41**

SUIVI DES DECLARATIONS ACCIDENTS DE TRAVAIL REALISEES EN 2012

	3		4		5		6		7		8		TOTAL	
NATURE DE L'ACCIDENT	Avec arrêt	Sans arrêt	Avec arrêt	Sans arrêt	Avec arrêt	Sans arrêt	Avec arrêt	Sans arrêt	Avec arrêt	Sans arrêt	Avec arrêt	Sans arrêt	Avec arrêt	Sans arrêt
Accident de la route		1		1		3	1	2	1	2		1	2	10
Manipulation de matériel et objet			2			1		1		3			2	5
Manipulation de la PA								2	1	1		1	1	4
Chute								1				1	0	2
Chute de la PA		1				1							0	2
Piqûre d'aiguille													0	0
Piqûre		1										1	0	2
Coupure		1											0	1
Chute d'objet													0	0
Agression		3								1			0	4
Faux mouvement		1	1										1	1
Agression (animal)		1											0	1
Malaise													0	0
Brulûre										1		2	0	3
TOTAL	**0**	**9**	**3**	**1**	**0**	**5**	**1**	**6**	**2**	**8**	**0**	**6**	**6**	**35**